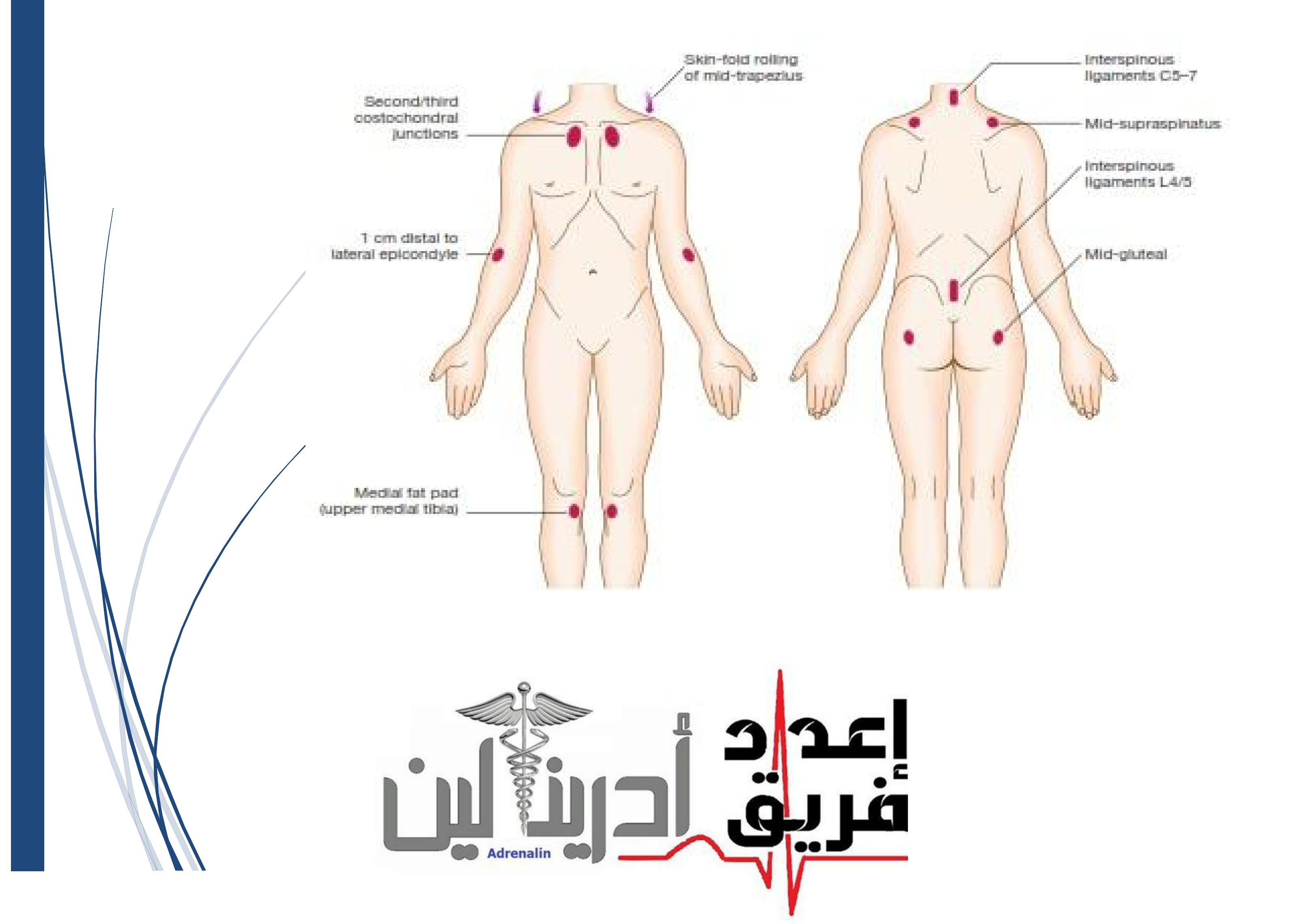
داخليــــة

د. سعيد حمدون

Fibromyalgia

الآلام العضلية الليفية الرثوية



FIBROMYALGIA

الآلام العضلية الليفية الرثوية

لمحة عن المرض :

- هي متلازمة تتصف بألم مزمن مجهول السبب منتشر في الجهاز العضلي الهيكلي و تتميز بوجود نقاط معينة من الجسم يزداد فيها الألم ، بالإضافة للتعب العام و الصداع و الخدر ، كما تتميز بغياب العلامات الالتهابية اللانوعية ، و تكون كل الفحوصات المخبرية طبيعية
- *((هي تناذر ألمي موضعي مكان انغراس الأوتار ، أو هي متلازمة تتصف بحالة من التعب العام و الآلام العضلية و المفصلية المعممة ، و كمل قال الدكتور : المريض ما بيعرف شو عم يوجعو))*

الإحصائيات و الوبائيات Epidemiology & Statistics :

- الحدوث Frequency : متلازمة شائعة تصيب ٣-١٠% من السكان و لها عدة مظاهر تشابه متلازمة الإعياء المزمن Chronic Fatigue Syndrome
- العمر Age : تصيب كل الأعمار وحتى المراهقين ، ولها ذروة إصابة بعمر 20-50 سنة و يزداد حدوثها بتقدم العمر
- الجنس: يصيب الاناث أكثر من الذكور بنسبه ١:١٠
- الاستعداد الوراثي Heredity : لا يوجد زمر نسيجية محددة
- العوامل المؤهبة : اضطرابات النوم – الاكتئاب – الأرق – الوحدة – كما يتعلق حدوثها بمشاكل الحياة التي تتعلق بالاضطرابات النفسية و الاجتماعية القاسية مثل الطلاق – عدم التوافق في الحياه الزوجية –الإدمان على الكحول في العائلة – الاغتصاب ...... الخ ، و يمكن أن تكون اختلاطاً نادراً لقصور الدرق أو RA أو SLE
- *((ازداد ظهورها في السنوات العشرة الأخيرة في العالم ، و في السنوات الثلاثة الأخيرة في بلدنا))*

الآلية الإمراضية Etiology :

- ليست مدروسة بشكل جيد بالرغم من الاستقصاءات المكثفة ،و بالرغم من ذلك لم يلاحظ أي اضطراب او شذوذ بنيوي او التهابي او استقلابي او غدي صماوي
- *((هناك وجهتان نظر للآلية الإمراضية : فالبعض يقول أن هذه المتلازمة ناتجة عن فرط استجابة مستقبلات الألم المحيطية ، و البعض الآخر يرى أنها ناتجة عن نقص تركيز الوسائط الدماغية المسؤولة عن تسكين الألم مركزياً مثل الغلوتامين و السيروتونين و الدوبامين و بالتالي تكون عتبة الألم منخفضة عند هؤلاء المرضى ، و*

البعض يقول أنها آلية مشتركة بين وجهتي النظر السابقتين ، في النهاية نقول أن هذه المتلازمة هي مرض فعلي و خلل فيزيولوجي في الجسم و ليست فقط اضطراب نفسي))

المظاهر السريرية Clinical Features :

- الفحص السريري طبيعي و لا يبدي أي اضطرابات او اذيات في الجهاز الحركي كالتهاب المفاصل او التنكس المفصلي كما لا يلاحظ أي آفة عصبية او هزال عضلي ... عدا التعب العام و الألم المزمن المتعدد الذي يتصف بما يلي :

١- يكون أكثر شدة في مناطق محددة من الجسم (حول الرقبة – الأكتاف – أسفل الظهر – الوركين – الوجه الأنسي للركبة – اللقيمة الوحشية للمرفق) "حفظ المواقع غير مطلوب"

٢- يتفاقم و يزداد سوءاً بمنبهات عادية أو ضعيفة

٣- لا يترافق بأي علامات مخبرية التهابية لا نوعية

٤- فرط التألم بالضغط على مناطق الألم كاف للتشخيص السريري (بشرط أن يكون الضغط متوسط الشدة يجعل سرير الظفر أبيضاً)

٥- يترافق مع اضطرابات في النوم و صداع مزمن و أحياناً متلازمة الأمعاء الهيوجة IBS

- بشكل عام يجب أن يتم فحص الألم في كل الجسم و ليس فقط النقاط المحددة للألم ، فإذا كان المريض يتألم في أي منطقة بجسمه بنفس الشدة فهو على الأغلب يعاني من مرض نفسي أو أنه يتظاهر بالمرض !!
- يستطيع المرضى الاعتناء بأنفسهم و تناول طعامهم ، لكنهم يعجزون عن القيام بالمهام اليومية متل التسوق و القيام بالأعمال المنزلية و ربما يواجهون مشاكل كبيرة بالعمل و يستقيلون من وظيفتهم بسبب الألم و التعب العام
- الأشخاص المصابون بأمراض الجهاز الحركي متل RA أو SLE ليسو مستبعدين من الإصابة بـ Fibromyalgia

- *((ACR "American College of Rheumatology" Criteria of Fibomyalgia))*

١- تعب عام غامض

٢- نقاط ألمية محددة

٣- آلام عضلية و مفصلية

٤- اضطرابات سلوكية : اكتئاب – عصبية – قلق – عدم تحمل

٥- اضطرابات ناتجة عن تفعيل الودي : تسرع قلب – تشنج كولون

ملاحظة : هذه المعايير مختصرة كما ذكرها الدكتور و ليست مفصلة كما وجدت في المراجع



التشخيص التفريقي Differential Diagnosis :

- إن تشخيص Fibromyalgia يعتمد على استبعاد الأمراض الأخرى المشابهة
- كما نعلم فإن Fibromyalgia لا تترافق بأي اضطرابات في الفحوصات المخبرية الروتينية ولكن من المهم إجراء تحاليل عامة لاستبعاد الاعراض الأخرى التي قد تختلط مع المرض وتترافق مع تغيرات مخبرية ، من الامثله على ذلك :

١- الأمراض المناعية الالتهابية المزمنة مثل SLE و RA : حيث نلاحظ فيها ارتفاع العلامات الالتهابية اللانوعية مثل ESR و CRP ، و تتميز SLE بإيجابية الأجسام المضادة للنواة و التراكيب داخل النواة

٢- قصور الدرق : يترافق مع العلامات المخبرية الدالة على نقص نشاط الدرق (ارتفاع TSH و انخفاض T4 , T3)

٣- التهاب العضلات المتعدد Polymyositis : يكون التعب العضلي أكثر وضوحاً من الألم ، والخمائر العضلية تكون مرتفعة

٤- تلين العظام Osteomalacia : يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في حال الألم الغير مترافق مع موجودات سريرية أخرى ، ونلاحظ في تلين العظام أن الألم يكون في مناطق أقل من Fibromyalgia ، كما يتميز تلين العظام بانخفاض مستوى فوسفات الدم و ارتفاع الفوسفاتاز القلوية

٥- نقص اللمفاويات Lymphopenia و فقر الدم Anaemia : تشخص بالتحاليل الدموية CBC

العلاج Treatment :

- *قواعد عامة :*

((إن تثقيف المريض بمرضه و شرحه له أمر مهم ، حيث يجب أن نشرح للمريض أن مشكلته ليست عضوية و ليست مترقية و يمكن تدبيرها بالراحة و بالتخلص من المشاكل الاجتماعية التي أدت لمرضه ، كما أن التمارين الرياضية (الأيروبيك) ميفدة لتخفيف الحالة))

- *((العلاج الدوائي :))*

١- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات TCA : على رأسها أميتريبتلين
٢- مضادات الصرع : غابابنتين – بريغابالين
٣- مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية NSAIDs
٤- مسكنات الألم المركزية : و خاصة المورفينات الصنعية و على رأسها ترامادول

هناك فائدة جيدة لكل من : فلوكسيتين – دولوكسيتين – كلوربرومازين – سيكلوبينزابرين

الأكثر استخداماً هو الأميتريبتلين حيث يعطى بجرعة بدئية ١٠ ملغ يومياً قبل النوم و تزداد الجرعة تدريجياً لتصل ٥٠ ملغ يومياً و ذلك حسب استجابة المريض و الأعراض الجانبية للدواء ، و يبدي أقل من نصف المرضى استجابة واضحة للعلاج الدوائي

يمكن للترامادول و الباراسيتامول أن يكون مفيداً بشكل متوسط عند تناوله خلال فترات قصيرة

((خطة العلاج كما ذكرها الدكتور)) :

مضادات الاكتئاب + مضادات الصرع مع أو بدون NSAIDs

و إذا لم تحدث استجابة على NSAIDs نستبدلها بـ ترامادول

و يجب أن يكون العلاج مطولاً و يستمر ٣ أشهر على الأقل ، و في حال التحسن نخفض جرعات الأدوية تدريجياً حتى يتم حذفها نهائياً

نستخدم NSAIDs باعتبارها مسكنات ألم محيطية ، و كذلك لكي نعالج التهاب مغارس الأوتار إن وجد (تذكر أنها متلازمة تتصف بألم مكان انغراس الأوتار)

الإنذار Prognosis :

كل المصابين لديهم أعراض مزمنة ، و بالرغم من المعالجة المناسبة يمكن أن تعود الأعراض عند العديد من المرضى ، بشكل عام فالمرض غير مترقي أو متطور

المراجع :

Davidsons Principles and Practice of Medicine 20th Edition
Current Medical Diagnosis & Treatment 2015 Edition

بالإضافة للملاحظات من شرح الدكتور سعيد حمدون و هي *((الموجودة بين قوسين و المكتوبة بخط مائل))*

يوجد القليل من الاختلاف بين المراجع و شرح الدكتور في بعض النقاط ، لذلك حاولنا قدر الإمكان الجمع بينها دون تناقض مع التركيز على شرح الدكتور

